

21. Morgan M, Caza M, Lepine C, et al. A review of phage therapy for difficult-to-treat infections. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2022; 2022: 9139452.
22. Paulis G. Inflammatory mechanisms and oxidative stress in prostatitis: the possible role of physical therapy. *Antioxidants (Basel).* 2018; 7 (7): 84.
23. Silva JF, Niero Filho O, Ota GE, et al. Endothelial dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review. *World J Mens Health.* 2022; 40 (1): 1-11.
24. Shoskes DA, Albakri Q, Thomas K, et al. Increased arterial stiffness and systemic endothelial dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology.* 2008; 72 (3): 546-550.
25. Hu JC, Link CL, McNaughton-Collins M, et al. The association of vascular endothelial function with erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Sex Med.* 2010; 7 (9): 3055-3064.
26. Burnett AL, Strong TD, Trost LW, et al. The role of nitric oxide in erectile function and dysfunction. *J Sex Med.* 2006; 3 (2): 252-258.
27. Bivalacqua TJ, Usta MF, Champion HC, et al. Endothelial dysfunction in erectile dysfunction: role of the endothelium in erectile physiology and disease. *J Androl.* 2003; 24 (6): S17-S37.
28. Menafrá D, De Angelis C, Garifalos F, et al. Long-term high-dose L-arginine supplementation in patients with vasculogenic erectile dysfunction: a multicentre, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Endocrinol Invest.* 2022; 45 (5): 941-951.
29. Koolwal A, Taylor J, Kalsi J, et al. L-arginine and phosphodiesterase type 5 inhibitor combination therapy for erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2021; 18 (6): 1067-1079.
30. Kim SW, Park HJ, Kim YJ, et al. Effects of ginsenoside on chronic bacterial prostatitis in a rat model. *Korean J Urol.* 2013; 54 (6): 392-398.
31. Miri S, Ghaedi K, Shafiee SM, et al. Anti-inflammatory and protective effects of Korean red ginseng extract in a rat model of chronic bacterial prostatitis. *Iran J Basic Med Sci.* 2018; 21 (9): 927-933.

Вперше надійшла до редакції 13.08.2025 р.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК616.37-002-036.12-053.9: 613.86

DOI <https://zenodo.org/records/18023287>

ДОСЛІДЖЕННЯ ПАРАМЕТРІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

Шевченко Н.О.

Одеський Національний Медичний Університет, natusua9@gmail.com

INVESTIGATION OF QUALITY-OF-LIFE PARAMETERS IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS FROM AN AGE-RELATED PERSPECTIVE

Shevchenko N.O.

Odessa National Medical University, natusua9@gmail.com

Author information

Шевченко Н.О. (Shevchenko N.O.): <https://orcid.org/0000-0001-8963-4680>

Summary/Резюме:

Chronic pancreatitis often develops against the background of comorbid pathology. A decline in pancreatic functional activity leads to disturbances in all types of metabolism, which negatively affects the overall well-being of patients due to a decrease in their quality of life.

The aim to analyze the quality of life in patients with chronic pancreatitis and to develop a ranking of the significance of scales for the main gastroenterological syndromes in chronic pancreatitis from an age-related perspective.

Materials and Methods. A total of 341 patients of different ages with chronic pancreatitis were examined. They were divided into groups according to the WHO age classification: Group I — young age (up to 44 years), Group II — middle age (up to 59 years), Group III — elderly

age (up to 74 years). The control group consisted of 25 practically healthy individuals matched by age, social, and medical status. All patients were assessed using the SF-36 and GSRS questionnaires.

Results. According to the GSRS questionnaire, a significant decrease in quality of life (QoL) was found in all age groups compared with the control group, based on the mean total score ($p < 0.001$). A statistically significant increase in the mean score was observed in elderly patients with chronic pancreatitis ($p < 0.001$) compared to younger patients, indicating a decline in QoL with increasing age. The analysis did not reveal a statistically significant difference in QoL between middle-aged and elderly patients. Comparative analysis of the SF-36 results showed deterioration in all indicators in chronic pancreatitis patients across age groups ($p < 0.001$).

Conclusions. A decline in quality of life among patients with chronic pancreatitis was confirmed according to the GSRS questionnaire, with varying levels of significance among the syndrome scales across age groups. Differential reductions in QoL according to the SF-36 questionnaire were established relative to the control group: in patients up to 44 years old (physical component — by 17.1 %, mental component — by 11.8 %); in middle-aged patients (physical component — by 28.4 %, mental component — by 70.3 %); and in elderly patients (physical component — by 38.4 %, mental component — by 80.8 %) ($p < 0.001$).

Keywords: chronic pancreatitis, international and adapted questionnaires, age, quality of life

Хронічний панкреатит часто протікає на тлі коморбідної патології. Зниження функціонального стану підшлункової залози призводить до порушення всіх видів обміну, що негативно відображається на загальному самопочутті пацієнтів, за рахунок зниження їх якості життя.

Мета. Проаналізувати якість життя пацієнтів на хронічний панкреатит та розробити рейтинг значимості шкал основних гастроентерологічних синдромів при хронічному панкреатиті у віковому аспекті.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 341 хворих різного віку на хронічний панкреатит, яких розподілено на групи згідно віковій градації ВООЗ: I група — молодий вік (до 44 р.), II — середній вік (до 59 р.), III — похилий вік (до 74 р.). Групу контролю склали 25 практично здорових осіб, спів сталих за віком, соціальним та медичним статусом. Групу контролю склали 25 практично здорових осіб, спів сталих за віком, соціальним та медичним статусом. Всіх пацієнтів протестоване за опитувальниками SF-36 та GSRS.

Результати. За результатами опитувальника GSRS встановлено суттєве зниження ЯЖ у всіх вікових групах обстежених у порівнянні з контролем на підставі середнього сумарного бального показника ($p < 0,001$). Встановлено достовірне підвищення середнього балу у пацієнтів похилого віку на ХП ($p < 0,001$) у порівнянні з таким показником групи пацієнтів молодого віку та збільшення середнього балу обстежених похилого віку, що вказує на зниження якості життя хворих на ХП із збільшенням віку. Аналіз отриманих результатів не показав достовірного зниження ЯЖ хворих похилого віку у порівнянні із пацієнтами середнього віку. Порівняльний аналіз ЯЖ за результатами опитувальника SF-36 встановив погіршення всіх показників у групах хворих на ХП у віковому аспекті ($p < 0,001$).

Висновки. Доведено зниження якості життя пацієнтів із ХП за GSRS із різним рейтингом значимості шкал за синдромами даного опитувальника у різних вікових групах. Констатовано диференційне зниження якості життя пацієнтів із ХП за опитувальником SF-36 відносно групи контролю: до 44 років (за фізичним компонентом — на 17,1 %, за психічним компонентом — на 11,8 %); в групі середнього віку (за фізичним компонентом — на 28,4 %, за психічним компонентом — 70,3 %); в групі похилого віку (за фізичним компонентом — на 38,4 %, за психічним компонентом — на 80,8 %) ($p < 0,001$).

Ключові слова: хронічний панкреатит, міжнародні та адаптовані опитувальники, вік, якість життя

Вступ

З розвитком сучасного стилю життя захворюваність на хронічний панкреатит (ХП) продовжує зростати. Така тенденція пов'язана не лише з досягненнями сучасної медицини та ранньою діагностикою захворювання, а й образом життя молоді у вигляді вживання фаст-фудів, «запивання» алкоголь-вмісними речовинами стресу, малорухомого образу життя (навчання та робота в он-лайн режимі). Поширеність ХП в Європі становить 25,0-26,4 випадків на 100 тис. населення, в Україні — 27,4-50,0 випадки на 100 тис. населення. Загалом, в світі спостерігається тенденція до збільшення захворюваності гострим і хронічним панкреатитом, за останні 30 років — більш ніж в 2 рази [1, 8 — 9]. Ці цифри надзвичайно вагомі, оскільки кожен 4-й хворий, що звертається на консультацію до гастроентеролога на амбулаторний прийом поліклініки або потребує стаціонарного лікування, має проблеми із ПЗ[2, 10].

Раніше вважалось, що головним чинном маніфестація захворювання залежала від кратності та кількості вживаного алкоголю, а також особливостей харчування, пов'язаних із вживанням жирної їжі. Крім цих причин виникнення ХП, треба враховувати інші значимі етіологічні чинники: тютюнопаління; хвороби жовчних шляхів у хронічній формі; аутоімунні захворювання; інтоксикація організму, в тому числі медикаментозна; хронічний дефіцит білків у раціоні; метаболічний синдром; ожиріння та ін. Середній термін встановлення діагнозу ХП в залежності від етіології захворювання коливається від 30 до 60 місяців. Летальність після первинного встановлення діагнозу ХП становить до 20 % протягом перших 10 років і більше 50 % — через 20 років [7].

Наявність ХП часто протікає на тлі коморбідної патології не лише гастроентерологічного тракту, а й серцево-судинної, бронхо-легеневої та інших систем[4]. Зниження функціонального стану підшлункової залози (ПЗ) виснажує її інкреторні можливості, що маніфестує в подальшому розвитку цукрового діабету. Прогресування ма-

льабсорбції при ХП сприяє розвитку трофологічної недостатності не залежно від віку початку деструктивних змін в ПЗ. Такі порушення неодмінно призводять до порушень майже всіх видів обміну не залежно від віку пацієнтів, соціального та гендерного статусу. Суттєві порушення спостерігаються з боку мінерального (за рівнем магнію, цинку, заліза, калію й кальцію) та вітамінного (за рівнем токоферолу та ретинолу) обмінів; виснажується імунна система, що сприяє більш тяжкому перебігу як основного захворювання так і супутньої патології[1, 9]. Збільшення коморбідності в загальній популяції становить значну соціально-економічну проблему, що спонукало до проведення дослідження.

Мета дослідження — проаналізувати якість життя пацієнтів на хронічний панкреатит та розробити рейтинг значимості шкал основних гастроентерологічних синдромів при хронічному панкреатиті у віковому аспекті.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 341 пацієнт на ХП поза загостренням за умов коморбідності. Середній вік склав $(58,17 \pm 2,46)$ років. Набір пацієнтів здійснено на базі КНП «Одеський обласний клінічний медичний центр» ООР та в поліклінічному відділенні КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2». Джерелом інформації були «Медичні карти амбулаторного хворого» (ф. 025/о) і «Медичні карти стаціонарного хворого» (ф. 027/о) пацієнтів різного віку і статі з ХП упродовж 2015–2023 рр. Діагноз ХП встановлювали на підставі клінічного протоколу за Наказом МОЗ України №1204 від 04.07.2023р[2]. Хворих розподілено на групи згідно віковій градації ВООЗ (2020р.): I група — молодий вік (до 44 р.), II — середній вік (до 59 р.), III — похилий вік (до 74 р.). Групу контролю склали 25 практично здорових осіб, спів сталих за віком, соціальним та медичним статусом.

Оцінку параметрів якості життя (ЯЖ) пацієнтів проводили за допомогою адаптованих та перекладених опитувальників: за-

гального опитувальника SF-36 (TheShortForm-36) та спеціалізованого опитувальника гастроентерологічного хворого GSRS (Gastrointestinal Symptoms RatingScale) [5].

Спеціалізований опитувальник GSRS складається з 15 пунктів, які згруповані у 5 шкал із урахуванням загальних гастроентерологічних синдромів: абдомінального — (AS); рефлюкс-синдрому — (RS); діарейного — (DS); диспепсичного — (IS) та синдрому закрепів — (CS). Показники шкал коливаються від 1 до 7 балів, більш високі значення відображають більш виразні симптоми та відповідають низькій якості життя[5].

Опитувальник SF-36 (J. E. Ware, 1992) дає можливість оцінити всі компоненти ЯЖ і складається з 36 питань, які об'єднуються у 8 шкал та оцінюються кількісно. Питання згруповані таким чином, що підсумовуючи бали відповідей ми можемо оцінити фізичний та психічний компоненти пацієнта. Шкали (PF), (RP), (BP), (GH) — відображають фізичний компонент здоров'я, решта чотири: (VT), (SF), (RE), (MH) — душевний. Кожна зі шкал оцінюється бально від 0 до 100 балів, і чим вищий показник, тим кращий стан здоров'я, що відповідає високому рівню ЯЖ [5].

Статистичний аналіз виконували згідно із державними стандартами і настановами з медично-біологічної статистики за допомогою Excel та статистичного пакету Statistica 5.0 [3, 6]. Параметричні критерії t-Стюдента і F-Фішера для зв'язаних і незв'язаних вибірок використовували при порівнянні їх після перевірки на однорідність дисперсій за критерієм Бартлета. Розбіжність середніх значень, що порівнювали, і силу взаємозв'язку між варіацією показників оцінювали за величиною коефіцієнта вибіркової кореляції Пірсона,

відмінність якого від нульового значення вважали значущою при $p < 0,05$.

Результати й обговорення

Аналіз оцінки отриманих відповідей опитувальника GSRS визначив, що на момент початку дослідження серед загальної кількості хворих на ХП лише у 102 (29,9 %) обстежених середній показник загальної суми балів становив $(2,6 \pm 0,6)$ бала, що відповідало значенням ВЯЖ. Більшість пацієнтів (239 (70,1 %)) дала відповіді на питання таким чином, що показник загальної суми балів за 15 пунктами опитувальника складав, в середньому, $(3,8 \pm 0,4)$ бала, що відповідало НЯЖ.

У групі порівняння у 16 (64,0 %) обстежених середній показник загальної суми балів становив $(2,2 \pm 0,6)$ бала, що відповідало значенням ВЯЖ, а 9 (36,0 %) пацієнтів дали відповіді на анкетування таким чином, що середній рівень становив $(3,3 \pm 0,4)$ бала, що відповідало НЯЖ.

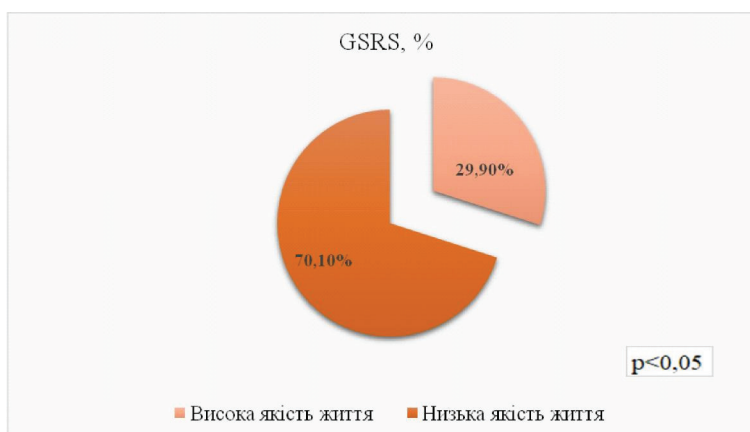


Рис. 1. Результати оцінки якості життя загального контингенту хворих на хронічний панкреатит за шкалою GSRS, %, $n = 341$

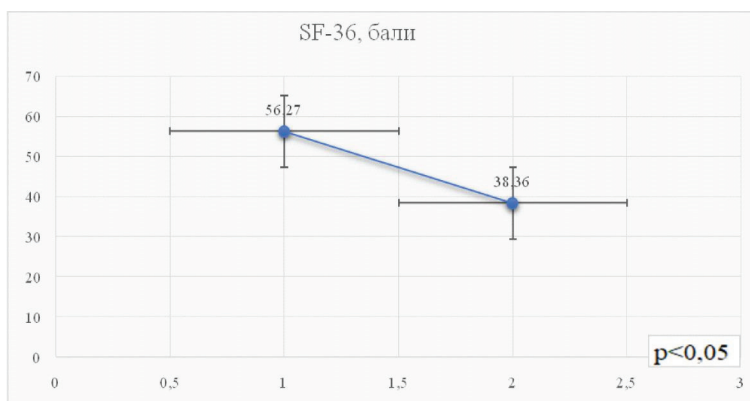


Рис. 2. Аналіз параметрів ЯЖ загального контингенту хворих на ХП за шкалами опитувальника SF-36, $n = 341$

Таблиця 1

Порівняльний аналіз параметрів ЯЖ пацієнтів з ХП різного віку за шкалами опитувальника GSRS

Шкала опитувальника GSRS	Контроль (n = 25)	Група хворих на ХП у віковому аспекті, бали		
		молодий вік (n = 83)	середній вік (n = 86)	похилий вік (n = 78)
1	2	3	4	5
AS (абдомінальний біль)	2,81 ± 0,30	12,33 ± 0,25*	8,72 ± 0,12* p ₁ < 0,001	10,44 ± 0,22* p ₁ < 0,001, p ₂ < 0,05
RS (рефлюкс-синдром)	4,43 ± 0,15	7,95 ± 0,31*	9,39 ± 0,23* p ₁ < 0,001	11,62 ± 0,41* p ₁ < 0,001, p ₂ < 0,05
DS (синдром діареї)	4,92 ± 0,40	5,80 ± 0,52*	11,84 ± 0,26* p ₁ < 0,001	8,36 ± 0,33* p ₁ < 0,001, p ₂ < 0,05
CS (синдром закрепу)	4,63 ± 0,32	6,15 ± 0,23*	7,13 ± 0,45* p ₁ < 0,05	13,91 ± 0,18* p ₁ < 0,001, p ₂ < 0,001
IS (синдром диспепсії)	5,15 ± 0,43	7,64 ± 0,25*	13,62 ± 0,16* p ₁ < 0,001	9,53 ± 0,24* p ₁ < 0,001, p ₂ < 0,05
Підсумок	4,41 ± 0,48	7,91 ± 0,61*	10,03 ± 0,28* p ₁ < 0,001	11,13 ± 0,7* p ₁ < 0,001, p ₂ < 0,05

Примітка 1. * — достовірність різниць стосовно групи контролю (p < 0,001).

2. p₁ — достовірність різниць стосовно хворих на ХП молодого віку (p < 0,001);

p₂ — достовірність різниць стосовно групи хворих на ХП середнього віку (p₂ < 0,05).

Таким чином, результати тестування хворих різного віку вказують на мультифакторність клінічних ознак ХП та супутньої патології, що сприяє зниженню якості життя 70,1 % пацієнтів серед загальної кількості обстежених (p < 0,05) (рис. 1).

За отриманими даними було встановлено, що в загальній популяції фізичний стан пацієнтів із ХП страждає більше, що відповідає низьким показникам якості життя за шкалами RP = 37,53 бала, PF = 34,42 бала, BP = 34,67 бала та GH = 41,81 бала. Психічний стан пацієнтів був також низьким, однак на порядок вищим за фізичний, що відповідало значенням показників шкал VT, SF, RE та MH в середньому 58,52; 57,83; 53,62 та 58,86 бала відповідно. Сумарно за опитувальником SF-36 фізичний стан здоров'я хворих на ХП склав 38,36 балів, тоді як сумарний показник психічного стану пацієнтів із ХП склав 56,27 балів, що на 17,91 бала перевищує показник фізичного стану здоров'я обстежених (p < 0,05), що наведено на рис. 2.

Коморбідність захворювань та різноманітність вікових особливостей пацієнтів за соціальним статусом, загальним способом життя, особливостями виду трудової діяльності змушує вишукувати комплексний

підхід щодо лікування даної когорти пацієнтів задля корекції психічного та фізичного стану хворих, мінімізації основних синдромів захворювання з метою покращення ЯЖ, відновлення працездатності та покращення загального самопочуття пацієнтів.

Порівняльний аналіз оцінки ЯЖ за шкалами опитувальника GSRS представлено в табл. 1. Бальний аналіз параметрів опитувальника встановив найвищий показник за шкалою абдомінального

больового синдрому у пацієнтів молодого віку, що, на нашу думку, пояснюється наявністю низького больового порогу пацієнтів та підвищеною реактивністю хворих на негативний вплив внутрішніх і зовнішніх факторів захворювання. Встановлено у молодому віці збільшення бального показника: AS — в 4,4 раза; RS — в 1,7 раза; IS — в 1,5 раза; CS — в 1,3 раза; DS — в 1,2 раза порівняно з групою контролю (p < 0,001).

У середньому віці встановлено значне підвищення середнього рівня бального показнику диспепсичного синдрому, що на наш погляд пов'язано з наявністю у більшій частини хворих супутніх метаболічних порушень та ЦД, наявність ентеропанкреатичного синдрому, ще більше погіршує процеси всмоктування в тонкому кишечнику, підсилюючи бродильні процеси та метеоризм. Доведено у хворих на ХП, середнього віку збільшення синдрому диспепсії (IS) — в 1,7 раза (p < 0,001), синдрому діареї (DS) — в 2,0 раза, синдрому закрепу (CS) (p < 0,05) та рефлюкс-синдрому (RS) — в 1,2 раза на тлі зменшення (абдомінального болю) AS — в 1,4 раза в порівнянні з групою пацієнтів та молодого віку (p < 0,001). Установлено у середньому віці рейтинг значимості синд-

ромів за шкалами: синдром диспепсії (IS) Г синдром діареї (DS) Г рефлюкс-синдром (RS) Г абдомінальний біль (AS) Г синдром закрепу (CS).

У пацієнтів, похилого віку на лідируюче місце, за даними гастроентерологічного опитувальника, виходить синдром закрепу, пов'язаний з фізіологічними особливостями кишечника в похилому та старечому віці. Таким чином, рейтинг значимості основних синдромів за даними шкал опитувальника GSRS можна представити наступним чином: синдром закрепу Г рефлюкс-синдром Г абдомінальний біль Г синдром диспепсії Г синдром діареї.

Установлено у похилому віці: збільшення синдрому закрепу (CS) — в 1,9 раза, рефлюкс-синдром (RS) — в 1,2 раза, абдомінального болю (AS) — в 1,2 раза та зменшення прояв синдромів диспепсії (IS) та діареї (DS) — в 1,4 раза в порівнянні з групою пацієнтів середнього віку ($p < 0,05$).

Таким чином, згідно із результатами гастроентерологічного опитувальника GSRS встановлено суттєве зниження ЯЖ у всіх вікових групах обстежених у порівнянні з контролем на підставі середнього сумарного бального показника ($p < 0,001$). Встановлено достовірне підвищення середнього бала у пацієнтів похилого віку на ХП ($p < 0,001$) у порівнянні з таким показником групи пацієнтів молодого віку та збільшення середнього бала обстежених похилого віку, що вказує на зниження якості життя хворих на ХП із збільшенням віку. Аналіз отриманих результатів не показав достовірного зниження ЯЖ хворих похилого віку у порівнянні із пацієнтами середнього віку.

Порівняльний аналіз

ЯЖ за результатами опитувальника SF-36 встановив погіршення всіх показників у групах хворих на ХП у віковому аспекті ($p < 0,001$), що наведено на рис. 3 та рис 4.

Збільшення віку пацієнтів достовірно ($p < 0,001$) знижує ЯЖ хворих за всіма показниками, крім BP (інтенсивність болю) пацієнтів похилого віку. Рольове функціонування погіршилось на 13,4 % в середньому та на 44,7 % в похилому віці у порівнянні з пацієнтами молодого віку. Показник фізичного функціонування зменшився на 44,7 та 39,1 % відповідно, що привело до погіршення загального стану здоров'я на 12,1 % в середньому та на 25,7 % в похилому віці у порівнянні з пацієнтами молодого віку. Па-

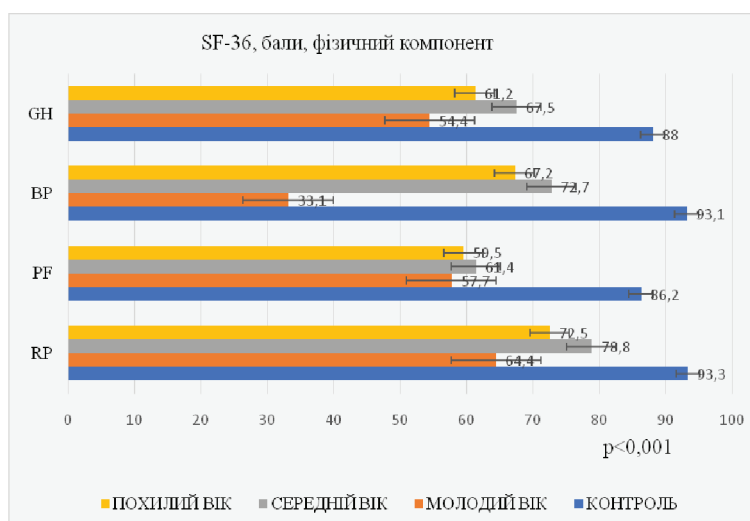


Рис. 3. Порівняльний аналіз параметрів ЯЖ хворих на ХП за шкалами фізичного компонента опитувальника SF-36 у віковому аспекті, $n = 341$

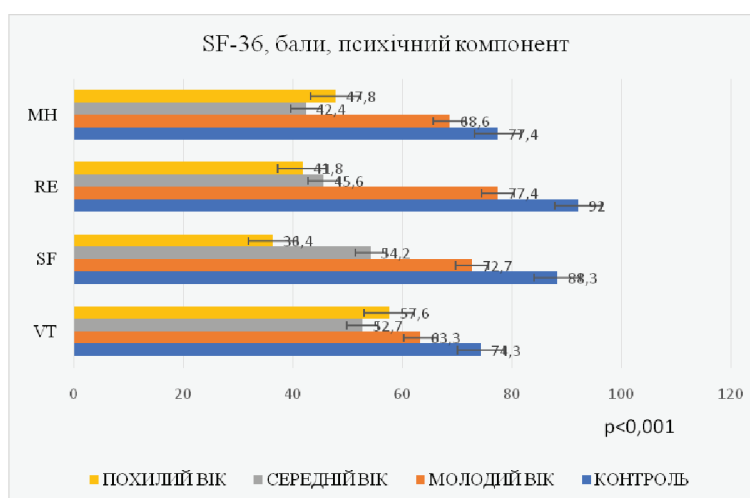


Рис. 4. Порівняльний аналіз параметрів ЯЖ хворих на ХП за шкалами психічного компонента опитувальника SF-36 у віковому аспекті, $n = 341$

раметри показників психічної сфери здоров'я показав дещо іншу динаміку змін, що можливо пов'язано з тим, що досліджені пацієнти знаходились в стадії ремісії. Так, соціальне функціонування пацієнтів похилого та середнього віку у порівнянні з групою молодих хворих зменшилось на 44,9 та 19,3 %; емоційне функціонування погіршилось на 37,4 та 25,8 %, що погіршило стан психічного здоров'я хворих середнього віку на 37,9 % та в похилому віці на 43,4 % у порівнянні з пацієнтами молодого віку.

За результатами опитувальника SF-36 упациєнтів молодого віку отримано зменшення середніх бальних показників шкал фізичного компонента: рольового функціонування (RP) — на 30,9 %, фізичного функціонування (PF) — на 32,9 %, інтенсивності болю (BP) — на 64,4 %, загального стану здоров'я (GH) — на 38,2 % та зменшення середніх бальних показників шкал психічного компонента: життєва активність (VT) — на 14,8 %, соціальне функціонування (SF) — на 17,6 %, емоційне функціонування (RE) — на 15,8 %, психічне здоров'я (MH) — на 11,4 % в порівнянні з групою контролю ($p < 0,001$). Таким чином, зниження ЯЖ за результатами опитувальника SF-36 у хворих на ХП молодого віку знижено: за фізичним компонентом — на 17,1 %, за психічним компонентом — на 11,8 %.

У середньому віці за результатами опитувальника SF-36 отримано збільшення середніх бальних показників шкал фізичного компоненту: рольового функціонування (RP) — на 18,3 %, фізичного функціонування (PF) — на 6,3 %, загальний стан здоров'я (GH) — на 19,5 % та інтенсивності болю (BP) — на 54,5 %. За шкалами психічного компонента встановлено зменшення всіх середніх бальних показників: життєва активність (VT) — на 16,8 %, соціальне функціонування (SF) — на 25,5 %, емоційне функціонування (RE) — на 41,1 %, психічне здоров'я (MH) — на 38,1 % в порівнянні з групою пацієнтів із ХП молодого віку ($p < 0,001$). Тобто, зниження ЯЖ за результатами опитувальника SF-36 у хворих на ХП середнього віку відбувається за фізичним компонентом — на 28,4 %, за психічним компонентом — 70,3 %.

У похилому віці встановлено змен-

шення середніх бальних показників шкал фізичного компонента: рольового функціонування (RP) — на 8,1 %, фізичного функціонування (PF) — на 3,4 %, загальний стан здоров'я (GH) — на 9,3 % та інтенсивність болю (BP) — на 7,6 %. За шкалами психічного компонента встановлено: збільшення середніх бальних показників життєвої активності (VT) — на 8,5 % та психічного здоров'я (MH) — на 11,3 % на тлі зниження середніх показників соціального (SF) — 32,8 % та емоційного (RE) функціонування — на 8,4 % відповідно в порівнянні з групою пацієнтів середнього віку ($p < 0,001$). Отже, в похилому віці ЯЖ хворих на ХП знижується за фізичним компонентом — на 38,4 %, за психічним компонентом — на 80,8 %) ($p < 0,001$).

Узагальнюючи отримані дані, довели, що ЯЖ пацієнтів з ХП статистично зменшується за фізичним та психічним компонентами здоров'я за всіма шкалами опитувальника із збільшенням біологічного віку пацієнтів, що потребує корекції з урахуванням патогенетичних особливостей захворювання з урахуванням віку пацієнтів.

В перспективі подальших досліджень є розробка диференційних лікувальних комплексів для хворих на ХП, в залежності від встановлених вікових порушень, з метою попередження та корекції клінічних та патогенетичних порушень для покращення якості життя хворих на ХП у віковому аспекті.

Висновки

1. Аналіз оцінки отриманих відповідей опитувальника GSRS визначив у 29,9 % хворих на ХП середній показник сумарної бальної оцінки, що відповідало високій якості життя, у 70,1 % — низькій якості життя; згідно аналізу опитувальника SF-36 в загальній популяції фізичний стан пацієнтів із ХП страждає більше ніж психічний стан пацієнтів, хворих на ХП.
2. Доведено зниження якості життя пацієнтів із ХП за GSRS із різним рейтингом значимості шкал за синдромами даного опитувальника у різних вікових групах від більш впливових: до 44 років (абдомінальний біль Г рефлюкс-синдром Г синдром диспепсії Г синд-

- ром закрепку Г синдром діареї); до 59 років (синдром диспепсії Г синдром діареї Г рефлюкс-синдром Г абдомінальний біль Г синдром закрепку); до 74 років (синдром закрепку Г рефлюкс-синдром Г абдомінальний біль Г синдром диспепсії Г синдром діареї).
3. Констатовано диференційоване зниження якості життя пацієнтів із ХП за опитувальником SF-36 відносно групи контролю: до 44 років (за фізичним компонентом — на 17,1 %, за психічним компонентом — на 11,8 %); в групі середнього віку (за фізичним компонентом — на 28,4 %, за психічним компонентом — 70,3 %); в групі похилого віку (за фізичним компонентом — на 38,4 %, за психічним компонентом — на 80,8 %) ($p < 0,001$).
- References/Література**
1. Бабінець ЛС, Шевченко НО. Актуальність вікового аспекта клінічного перебігу і ведення хворих на хронічний панкреатит. Здобутки клінічної та експериментальної медицини. 2017; 32 (4): 5-11.
Babinets L.S., Shevchenko N.O. Relevance of the age aspect in the clinical course and management of patients with chronic pancreatitis. *Achievements in Clinical and Experimental Medicine*. 2017; 32 (4): 5-11.
 2. МОЗ України. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Хронічний панкреатит». 2023. Наказ № 1204 від 04 липня 2023 р. Доступно з: <https://www.dec.gov.ua/mtd/hronichnyj-pankreatyt/>
Ministry of Health of Ukraine. Unified Clinical Protocol of Primary and Specialized Medical Care "Chronic Pancreatitis." Order No. 1204, July 4, 2023. Available from: <https://www.dec.gov.ua/mtd/hronichnyj-pankreatyt/>
 3. Центр медичної статистики МОЗ України. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2017–2018 роки. Київ; 2019. Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXVIII.html>.
Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine. Medical personnel and network of healthcare institutions of the Ministry of Health of Ukraine system for 2017–2018. Kiev; 2019. Available from: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXVIII.html>
 4. Шевченко НО, Бабінець ЛС. Оцінка гендерно-вікових параметрів пацієнтів із хронічним панкреатитом. Здобутки клінічної та експериментальної медицини. 2024; 59 (3): 78-83. DOI: 10.11603/1811-2471.2024.v.i3.14905
Shevchenko N.O., Babinets L.S. Assessment of gender- and age-related parameters of patients with chronic pancreatitis. *Achievements in Clinical and Experimental Medicine*. 2024; 59 (3): 78-83. DOI: 10.11603/1811-2471.2024.v.i3.14905
 5. Ягєнський АВ, Січкарук ІМ. Оцінка якості життя в сучасній медичній практиці. Внутрішня медицина. 2007; 3 (3): 57-62.
Yahenskyi A.V., Sichkaruk I.M. Assessment of quality of life in modern medical practice. *Internal Medicine*. 2007; 3 (3): 57-62.
 6. Altman D. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall~ 2020. 650 p.
 7. Ceyhan GO, Friess H. Pancreatic disease in 2014: Pancreatic fibrosis and standard diagnostics. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015; 12 (2): 68-70. doi: 10.1038/nrgastro.2014.2343
 8. Dominguez-Munoz JE, Drewes AM, Lindkvist B, Ewald N, Czaky L, Rosendahl J, et al. Recommendations from the United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis. *Pancreatology*. 2018~18 (8): 847-854.
 9. Kichler A, Jang S. Chronic Pancreatitis: Epidemiology, Diagnosis, and Management Updates. *Drugs*. 2020 Aug; 80 (12): 1155-1168. doi: 10.1007/s40265-020-01360-6.
 10. Pujahari AK. Chronic Pancreatitis: A Review. *Indian J Surg*. 2015 Dec~77 (Suppl3): 1348-58.
- Вперше надійшла до редакції 11.09.2025 р.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування